

**Ocena skuteczności metod endoskopowego
leczenia krwawienia
z górnego odcinka przewodu pokarmowego
w zależności od miejsca i przyczyny krwawienia**

STRESZCZENIE

lek. Anna Frączak

rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych

Promotor: Prof. dr hab. med. Jacek Rysz

Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wydział Wojskowo-Lekarski

Łódź, 2015 r.

Krwawienie z przewodu pokarmowego jest najczęściej występującym w gastroenterologii nagłym stanem zagrożenia życia oraz jedną z najczęstszych przyczyn pilnych hospitalizacji na świecie. Krwawienia częściej występują u osób w wieku starszym, a najczęstszą przyczyną jest owrzodzenie zlokalizowane w dwunastnicy lub żołądku, spowodowane przyjmowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych; rzadziej występują krwawienia z żylaków przełyku powstałych w przebiegu marskości wątroby. Do innych, także często spotykanych czynników zwiększających ryzyko krwawienia zaliczamy przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych i przeciwplatek. Dostępne dane statystyczne wskazują na niemalejącą na przestrzeni kilkudziesięciu lat śmiertelność chorych z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego pomimo rozpowszechnienia i rozwoju endoskopowych technik tamowania krwawienia. Obecnie wiadomo, że każdy pacjent z podejrzeniem krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego powinien mieć wykonane badanie endoskopowe w trybie pilnym, a w przypadku stwierdzenia aktywnego krwawienia powinny być zastosowane endoskopowe techniki tamowania krwawienia.

Celem pracy było porównanie skuteczności endoskopowych technik tamowania krwawienia (klipsów hemostatycznych, ostrzykiwania roztworem adrenaliny miejsca krwawienia, elektrokoagulacji, w przypadku krwawienia z żylaków przełyku opasek naczyniowych lub sondy Sengstakena-Blackemora) w zależności od lokalizacji źródła krwawienia i jego przyczyny. Dodatkowo podjęto się analizy skuteczności stosowanych zabiegów w zależności od wieku pacjenta oraz oceny skuteczności monoterapii w porównaniu z zastosowaniem co najmniej dwóch technik endoskopowego leczenia krwawienia jednocześnie.

W niniejszej pracy przeprowadziłam analizę retrospektywną na podstawie dokumentacji medycznej 192 pacjentów (58 kobiet, 134 mężczyzn) w wieku 18-83 lat, w tym 65 osób ukończyło 65 rok życia, hospitalizowanych w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej w latach 2009-2012, u których stwierdzono czynne krwawienie z przełyku, żołądka lub dwunastnicy i poddano leczeniu endoskopowemu w Pracowni Endoskopowej działającej w obrębie Kliniki. Kwalifikacji do badania endoskopowego dokonywano na podstawie klinicznych objawów krwawienia oraz badań dodatkowych (morfologia krwi).

Najskuteczniejszą metodą endoskopowego tamowania krwawienia w badanej grupie pacjentów było stosowanie klipsów hemostatycznych samodzielnie lub jednocześnie z ostrzykiwaniem miejsca krwawienia roztworem adrenaliny.

Najmniej skuteczną techniką okazało się być stosowanie iniekcji z adrenaliny samodzielnie. W przypadku krwawienia z żylaków przełyku stosowanie opasek naczyniowych lub sondy Sengstakena-Blackemora, wykorzystywanej w przypadku braku technicznych możliwości do założenia opasek

naczyniowych, okazało się metodami o podobnej skuteczności. Co drugi chory owrzodzeniem żołądka i co czwarty pacjent z owrzodzeniem dwunastnicy przyjmowali niesterydowe leki przeciwzapalne bezpośrednio przed wystąpieniem objawów krwawienia. 30% badanej grupy chorych stanowiły osoby w starszym wieku, u których niepowodzenie leczenia endoskopowego i nawrót krwawienia z dwunastnicy występowały częściej w porównaniu z grupą osób młodszych, co prawdopodobnie związane jest z nadużywaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, stosowaniem leków przeciwplatek i przeciwkrzepliwych oraz z licznymi chorobami współistniejącymi w tej grupie chorych.

Anna Fijałkiewicz

KIEROWNIK KLINIKI
Neofizjologii, Nefrologii, Endokrynologii i Diabetologii
i Medycyny Wewnętrznej
Uniwersyteku Medycznego w Łodzi
prof. dr hab. n. med. Jacek Rysz